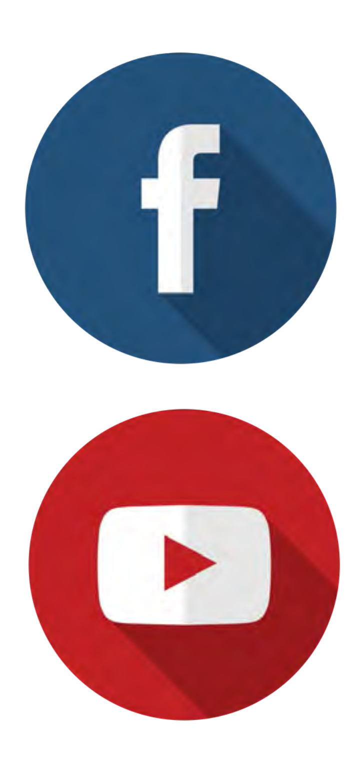
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







les pneumonies aigues communautaires (PAC)

Dr F. Ziane
Maitre assistant en pneumophtisiologie
Hopital central de l'armée

PLAN

I/ Définition

- Ce sont des **infections aiguës** du parenchyme pulmonaire provoquées par différents agents infectieux, **bactériens** ou **viraux,** survenant en dehors du **milieu hospitalier**.

On oppose :

- Les PA acquises en ville ou **pneumopathies communautaires**

- Les PA acquises en milieu hospitalier ou **pneumopathies nosocomiales**

II/ Intéret

- **1 pb de santé publique**

  -Morbidité importante

  -Cout elevé

- **Potentiellement grave**; d'ou interet:

  - De faire un diagnonosic rapide
  - Et d'instaurer un traitement précoce

III/ Epidemiologie

- Incidence difficile à apprécier avec précision
- Représente **la 1ère cause** de décès par maladie infectieuse et **la 6ème** ttes cause confondues

- **FDR:** age > 65 ans, vie en institution, tabagisme, alcoolisme, dénutrition, comorbidités (Diabète, BPCO, mdies cardio vasculaires, cancers...ect)

IV/ Etiopathogénie

1. Les moyens de défense :

- **Mécanique:**

  -la filtration de l'air inspiré au niveau des VAS

  -l'escalator muco-ciliaire.

  -Toux

- **l'immunité:**

  -Humorale (lymphocytes B, IgA, IgG)

  -Cellulaire (macrophages, lymphocytes T)

2. Dédéquilibre agressions/ moyens de défense:

-Altération des moyens de défense mécanique(tabac, alcool)

-Altération des défenses immunitaires(DI, cancer...Etc)

-Virulence de l'agent infectieux(BGN, Staphyloccoque)

V/ Anatomopathologie:

Trois types de pneumonies

1. les pneumonies « alvéolaires » pneumonies dites « typiques »

- Atteinte préférentielle des espaces aériens distaux
- Progression de l'infection par contiguïté à travers **les pores de Kohn** ou **canaux de Lambert**.
- Évolution en 4 stades
  - **Congestion :** 24 à 36 heures alvéolite congestive oedémateuse
  - **Hépatisation rouge:** 2ème 3ème jour alvéolite fibrinoleucocytaire
  - **Hépatisation grise:** environ 4ème jour afflux de¨PNN altérés
  - **Résolution:** 8ème 10ème jour

2. Bronchopneumonie:

- Débute dans les bronches et s'étend ensuite au parenchyme
- Atteinte nodulaire , ulcération de l'épithélium, lésions plurifocales, plurilobaires prédominant aux bases

3.Pneumonie interstitielles:

- Atteinte prédominante au nv de l'interstitium alvéolaire et péribronchique

VI/ Diagnostic positif

1. La pneumonie franche lobaire aigue (PFLA)

- **Clinique:**

Début brutal, surprenant la malade en pleine santé

- **SF**: bruyants

- **Douleur thoracique** a type de point de coté, brutale, intense augmentée par la toux et la respiration.
- **Toux** sèche puis productive
- **Expectoration** mousseuse puis visqueuse , mucopurulente, rouillée
- **Dyspnée** modérée

- **Signes généraux:**

- **Température** élevée en plateau 40°c
- **Frisson** intense unique violent prolongé
- **Pouls augmenté**
- Urines rares (**oligurie**), foncées
- **Somnolence, asthénie, anorexie, langue saburrale**

- **Signes physiques:**

- **inspection:** rougeur des pommettes, herpès naso-labial
- **Syndrome de condensation avec foyer de rales crepetants**

- **Biologie:**

-**Hyperleucocytose à PNN,**
- **Syndrome inflammatoire(VS, CRP, Procalcitonine)**

- **Bactériologie:** essentiellement **le pneumocoque**

- **Téléthorax:**

-Opacité dense homogène
-Systématisée
-Non rétractile
-plus ou – bronchogramme aérique



2. Bronchopneumonie:

- **SF:** Début brutal, fièvre élevée,AEG, expectoration purulente
- **L'ex clinique:** rales crépitants diffus, rales bronchiques
- **Bactériologie:** BGN, STAPH
- **TLT:** opacités micro ou macro nodulaires disséminées aux 2 chps pulm



3. Pneumonie interstitielle:

- **SF:** Début progressif sur plusieurs jours , T 38- rarement 39°C, discrète polypnée , toux sèche, atteinte des VAS, signes extra respiratoires frequent(digestifs,neurologique,perturbation hepatique)
- **Ex clinique:** normal ou qqs rales bronchiques
- Bactériologie: mycoplasme, coxiella, chlamydia, legionnella
- **TLT:** opacite réticulomicronodulaire soit localisé au niveau hilobasal ou disséminée ds les 2 chps pulm



VII/ Diagnostic étiologique

- L’isolement du germe n’est pas nécessaire sauf dvt **1 pneum sévère** , **un echec thérapeutique** ou **suspicion d’un germe inhabituel**
- **Moyens:**

- Hémocultures: rendement 20-25%
- ECBC
- Rech d’Ag: légionnella, pneumocoque
- Sérodiagnostic: dgc rétrospectif chlamydia, mycoplasme, légionnella

Les agents en cause selon la gravité sont:

- **PAC non sévères:** s. pneumonae, mycoplasma pneumonae
- **PAC de gravité moyenne nécessitant une H :**

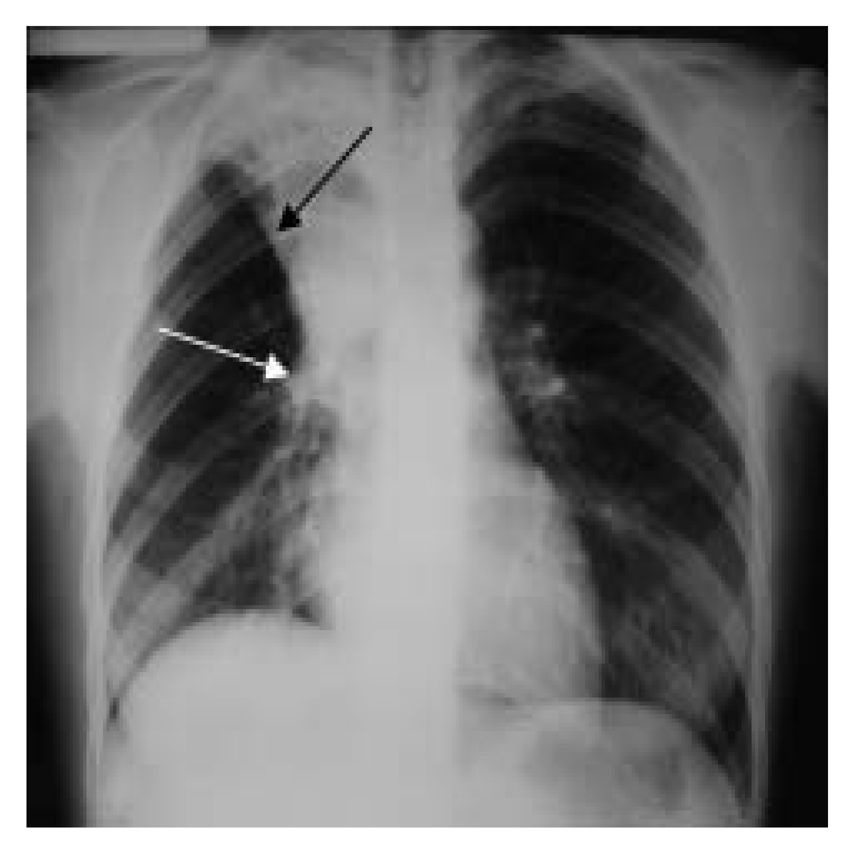
S.pneumonae , H influenzae

- **PAC sévères admises en Rea:** s. pneumonae, legionnella pneumophila ,staphylococcus auréus

VIII/ Diagnostic différentiel

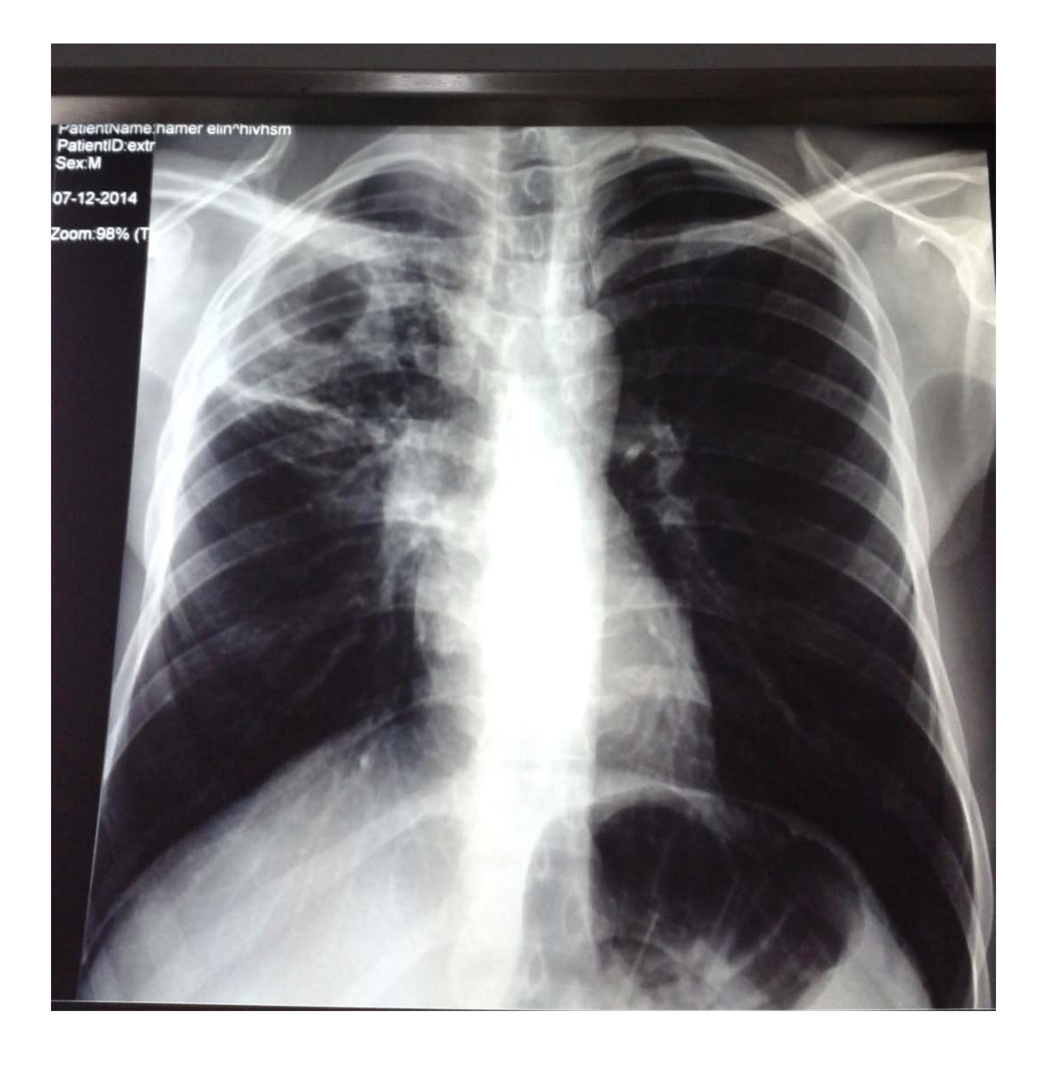
1. PFLA:

- Atelectasie

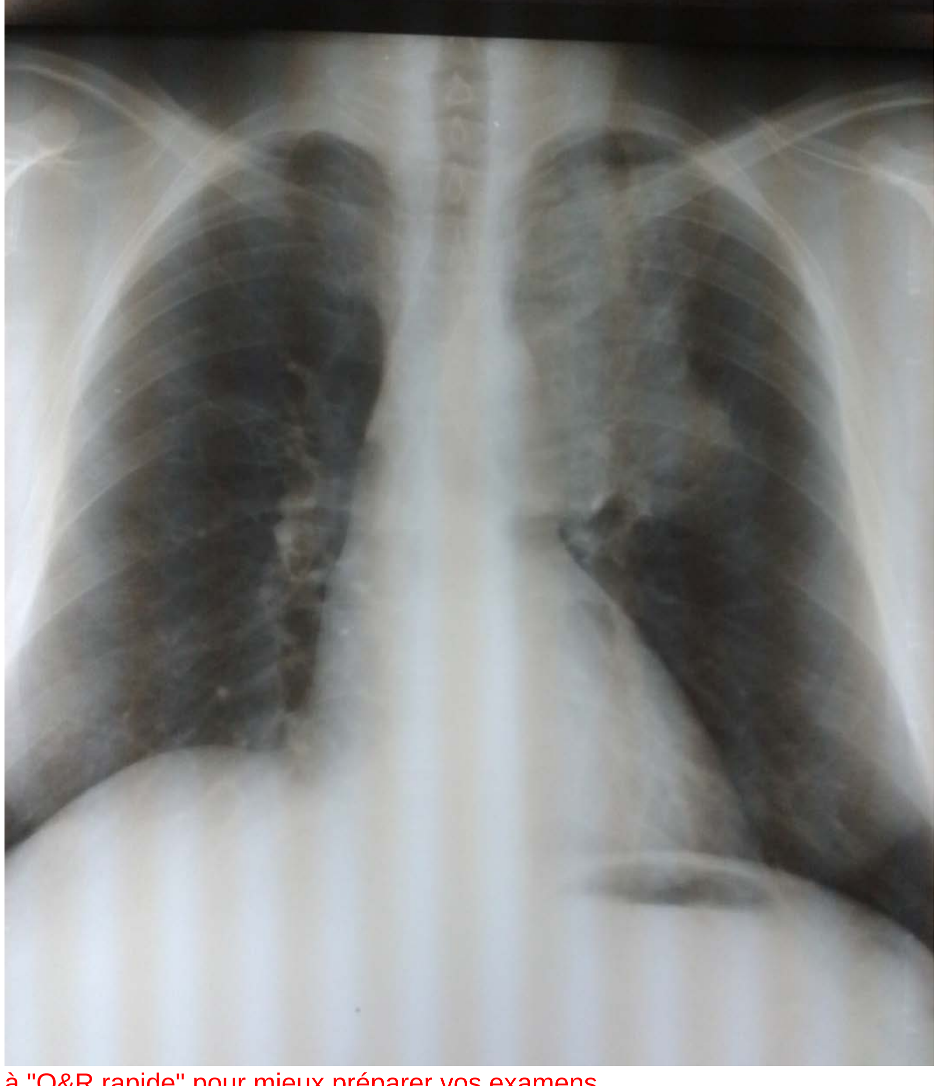




•Tuberculose pulmonaire



- Cancer bronchique



2. Pneumonie interstitielle :

- un oedème pulmonaire ,
- une tuberculose (miliaire notamment)
- une pneumocystose
- une pneumopathie d'hypersensibilité, notamment médicamenteuse et une pneumopathie éosinophile.

Miliaire tuberculeuse

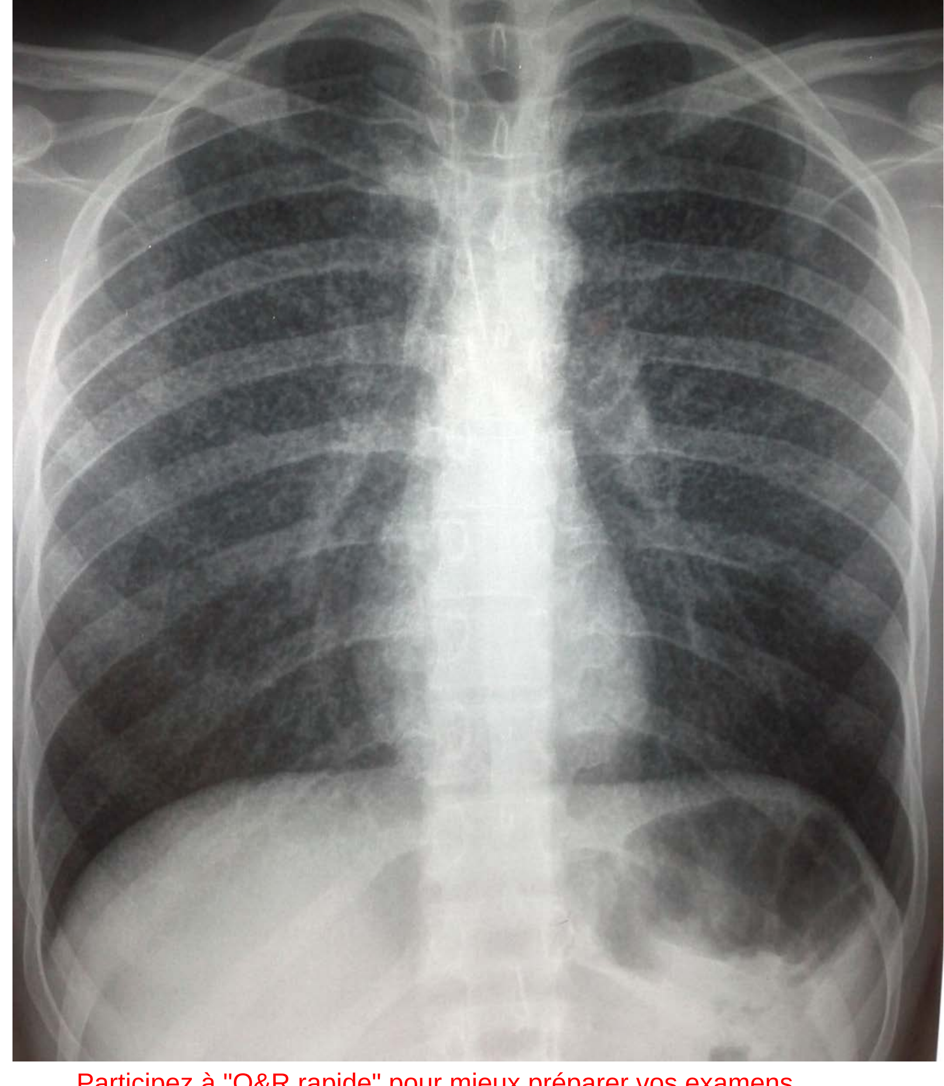


Image d'une pneumocystose



3. bronchopneumonie:

- Lacher de ballons
- OAP

Images de lacher de billons

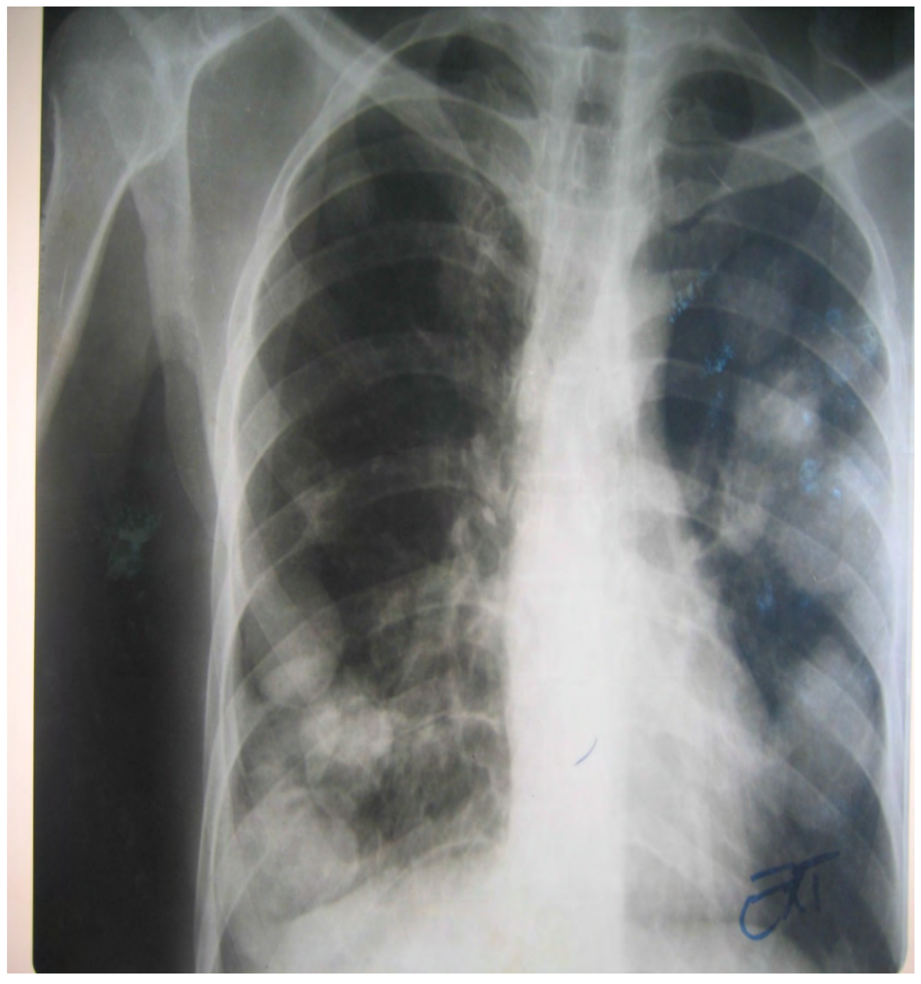




Image d'OAP



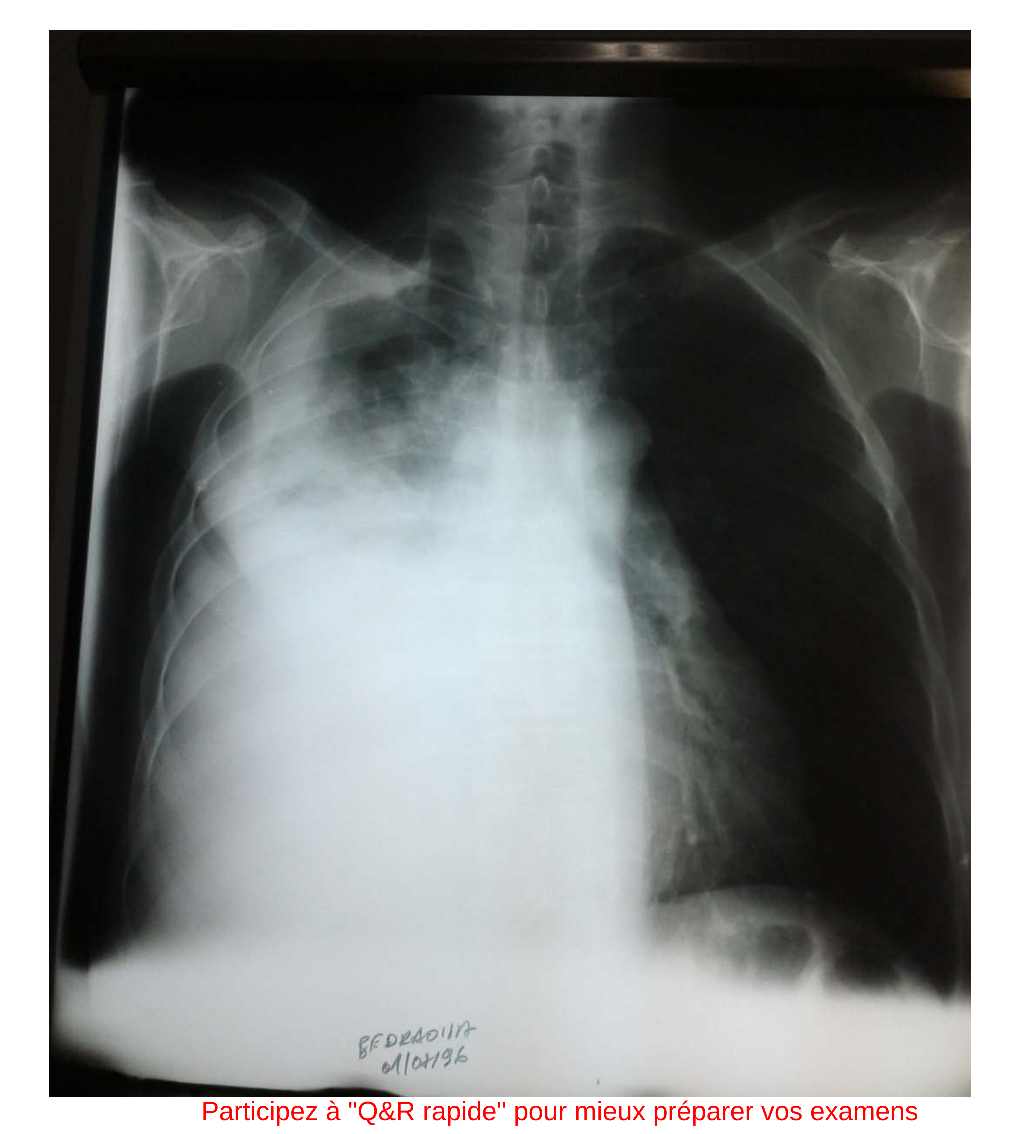
IX/ complications

- **Abcès**
- **Pleurésie purulente**
- **septicemie**

Image d’abces du poumon



Pneumonie compliquee de pleuresie pururlente



X. Le diagnostic de gravite

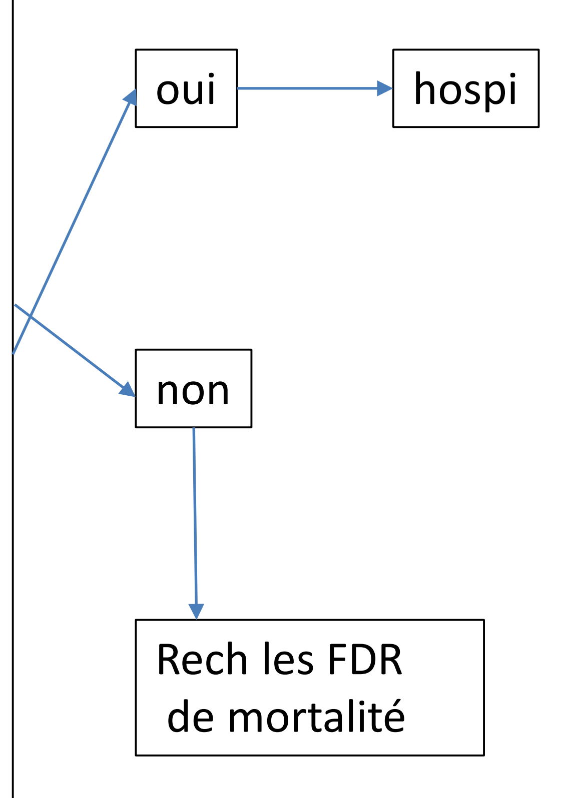
- Imperatif pour:
  - -Decider du lieu de prise en charge
  - -le choix de l'antibiotique
- Il existe plusieurs scores dédiés à l'évaluation de la gravité des PAC:
  - -Fine,
  - -CRB 65,
  - -CURB... Etc

Rech les ss de gravité:

- Att des fonct sup
- Att des fonct vitales:
- TA< 90
- FC>120/'
- FR>30/'
- T <35 ou > 40
- SaO2<90%

Rech une situation particulière:

- Isolement
- CSE défavorables
- Inobservance thérapeutique prévisible
- Cplications de la pneumonie
- Pneumonie d'inhalation ou sur obstacle trachéo bronchique

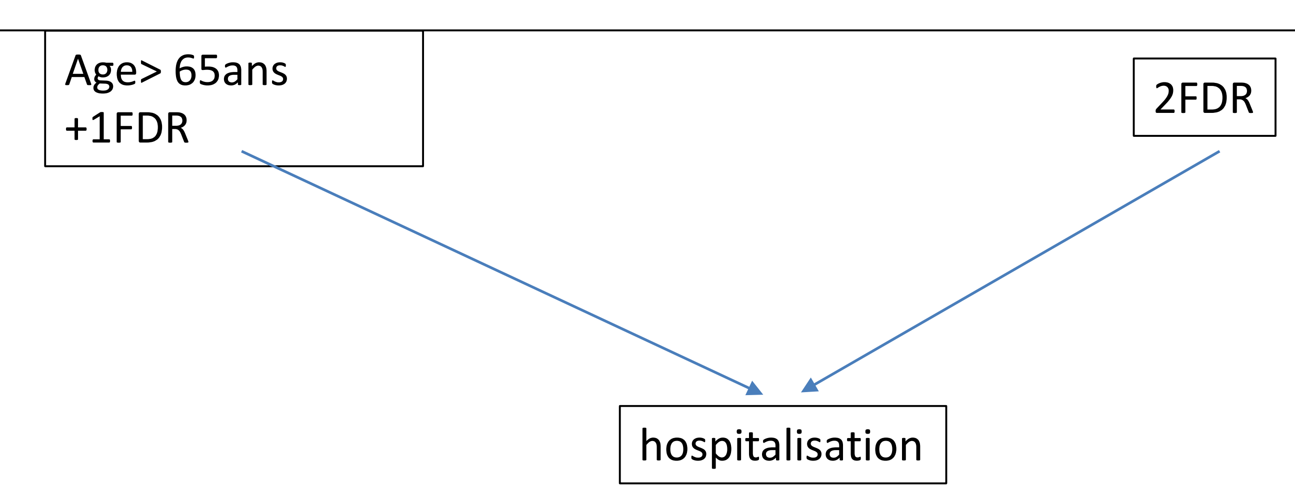


Rech les FDR de mortalité:

- Age>65 ans
- Comorbidités significatives:

IC cong, mdie cerebro vx, mdie rénale chron, mdie hépatique, DS non équilibré, BPCO, Drépanocytose, mdie néoplasique associée

- Immunodépression
- Atcdts de pneumonie bact
- H ds l'année



XI/ Prise en charge

1. Buts:

- sauvegarder le pc vital
- Erradiquer l'infection
- Eviter les complications
- Traiter le terrain

2. Moyens:

➢ **c'est l'antibiotherapie qui doit etre:**

- Precoce dans les premieres heures

-Probabiliste et sans attendre les resultats des examens bacteriologiques

-Orientee par la severite du tableau clinique, l'age du patient et le contexte epidemiologique

-Evaluer systematiquement a 48-72h

➢ **Antibiotiques:**

- **les betalactamines:**

-Amoxicilline: 3g/24h (actif sur le pneumocoque)

-Amoxicilline acide clavulanique 3g/24h(actif sur le pneumocoque, HI, certains anaerobies)

-C3G: Cefotaxime 3g/24h(BGN, anaerobies,...ect)

- **Les macrolides:**

-Erythromycine: 3g/24h (les germes atypiques)

- **Fluoroquinolone:**

-Ofloxacine 800mg/24h (legionelle)

-Levofloxacine 500 mg 2x/j(legionelle, pneumocoque)

- **Traitement du terrain:**
- Traiter les decompensations des tares associees: desequilibre diabetique, exacerbation de BPCO
- Oxygenotherapie si SaO2 <90%
- **Jamais d'antipyretiques**

3. Indications:

- **Pneumonies non sévères du sujet jeune sain:**
  - -PFLA: **Amoxicilline**
  - -Pneumonie atypique: **Erythromycine**
- **Pneumonies non sévères du sujet agé ou avec comorbidités:**
  - -Amoxicilline-acide clavulanique
- **Pneumonie sévère :**association **C3G + fluoroquinolone**

4. Durée du TRT : 7 à 14 j (10j en moy)

Les FQAP ne doivent pas etre prescrits si le mde a reçu une fluoroquinolone dans les 3 derniers mois (risque de rupture de tendon d'achile)

5. Modalités de suivi

➢ **A 48-72 h:**

•Efficacité thérapeutique: baisse de la température:

-L'absence de défervescence à 48 – 72 h est une indication au recours au téléthorax à la recherche d'une complication ou d'argument pour une modification du diagnostic initial.

- **Puis si bonne évolution:** contrôle radiologique 2 mois après

- **Causes d'echec:**
- **Complications:**
  - -Abcès,
  - -Pleurésie purulente,
  - -Obstacle endobronchique.
- **ATB non actif sur le germe**
- **Erreur dgc**

XII/ prévention

Vaccination antipneumococcique: a renouvelee tous les 5 ans:

-Age > 65ans,

-IC, insuff resp, BPCO, DDB,

-Asplénie,

-Drépanocytose,

-Synd néphrotique,

-VIH...ect

XIII. Conclusion:

- Pneumonie est une urgence diagnostique et therapeutique
- L'antibiotherapie doit etre precoce sans delai
- La vaccination anti pneumoccique pourrait diminuer l'incidence de cette maladie

CAS CLINIQUE 01

Patient age de 25 ans, sans ATCD particulier, fumeur a raison de 5 cigarettes par jour depuis 3 ans, consulte aux urgences pour douleur basithoracique droite a type de point de cote, toux seche, evoluant depuis 4 jours et fievre non chiffree.

examen clinique: patient conscient, febrile a 38,9, FR: 25C/mn, FC: 90Bt/mn, SaO2:95%

Rales crepetants au niveau du 1/3 inf du poumon droit.

herpes naso-labial

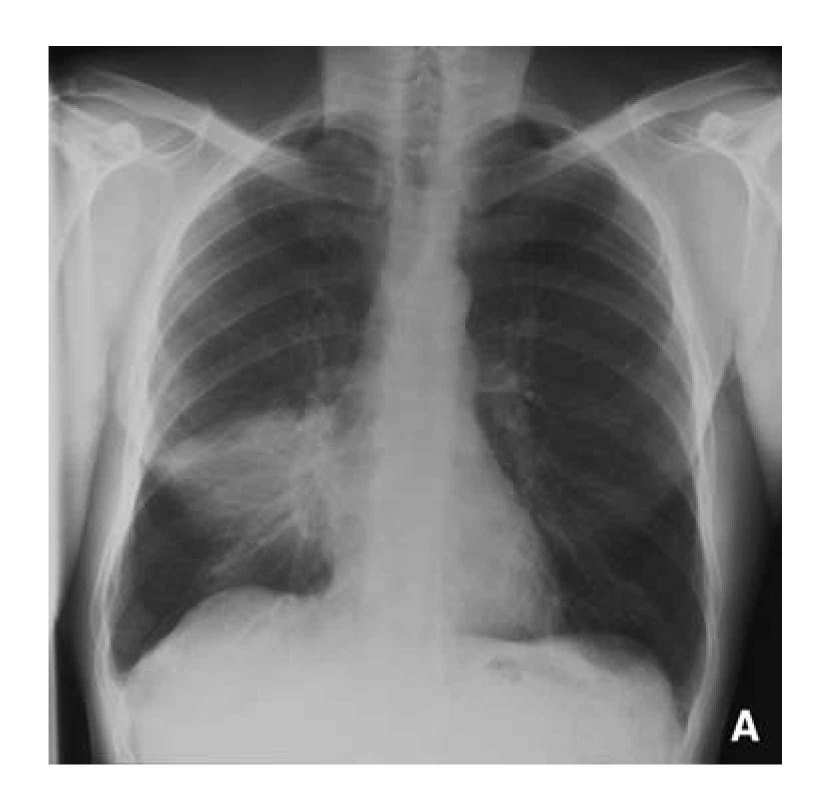
1. quels sont les examens complementaires a demander?

FNS: GB:18000 els avec 80% PN

CRP:90mg

Uree, creatinemie normale

bilan hepatique normal



2. Que est votre diagnostic? Argumentez?
3. Enumerez les facteurs de gravite chez le patient?
4. Quelle est votre CAT?

CAS CLINIQUE 02

Patient age de 75 ans, ex- fumeur a raison de 40 PA sevre depuis 10 ans, diabetique sous glucophage 850, HTA sous triatec 5mg, consulte pour ;

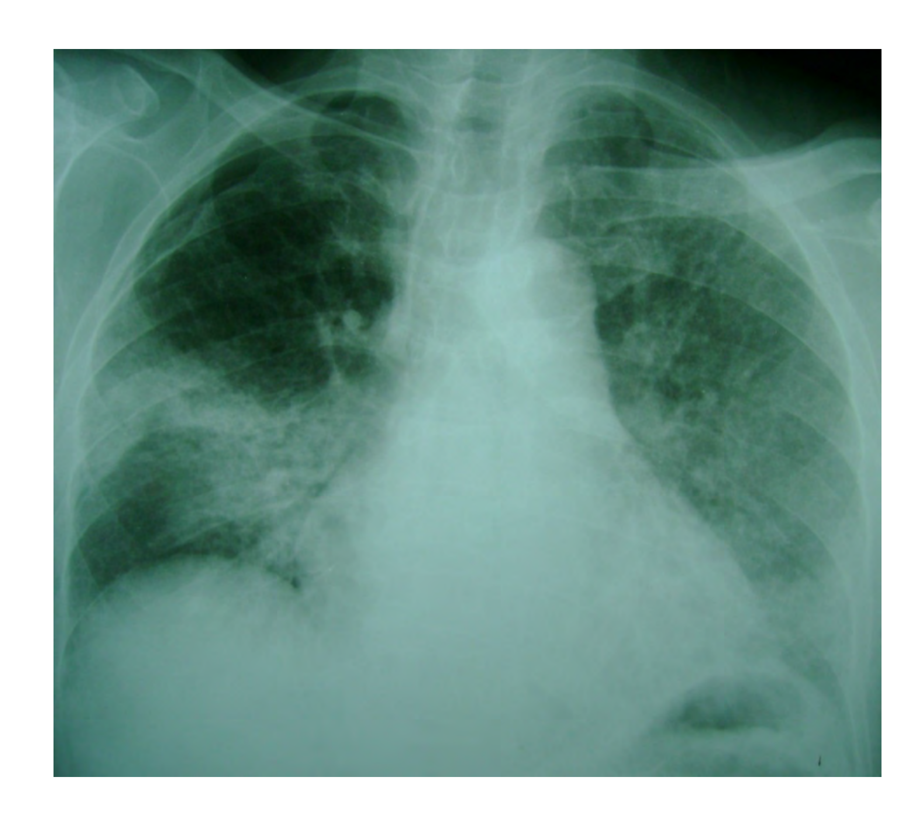
- Toux, expectpration purulente, fievre et frisson
- diarrhee, douleurs abdominaleset cephalee
- Le tout evoluant depuis une semaine

L'examen clinique retrouve un patient confus, difficile a interroger, etat general moyen,T: 38*C, FR:32c/mn, FC:128bt/mn, tirage sus-sternal, SaO2:88%, TA:16/08

presence de rales crepetants au niveau des 2 champs pulmonaires.

1. Demandez les examens complementaires?

FNS:GB:18000, HB:13g, CRP+ a 48mg, gly: 3,5g, corps cetoniques: 3+,
gaz de sang: PaO2 75mmHg, PH: 7,38, PaCO2:40MMHg
ECG: tachycardi sinusale, echo-coeur normale
TLT:



2. Quel est votre diagnostic?
3. Quels sont les facteurs de gravite chez le patient?
4. Quelle est votre CAT?